

特別養護老人ホーム 朝陽ヶ丘荘

様式第1号

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

1 評価機関

名称	株式会社 H.R.コーポレーション
所在地	西宮市甲陽園本庄町9番17号
評価実施期間	2011年 10 月 25 日 ～ 2012年 4 月 25 日 ( 実施 (訪問) 調査日 2011年 12 月 15 日 2011年 12 月 16 日 )
評価調査者	K-0401004 K-0401010 K-0401008

※契約日から評価  
結果の確定日まで

2 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称: 特別養護老人ホーム (施設名) 朝陽ヶ丘荘	種別: 老人福祉施設
代表者氏名: (管理者) 佐々木 茂夫	開設(指定)年月日 平成 48 年 8 月 1 日
設置主体: 経営主体: 兵庫県社会福祉事業団	定員: 110 名 (利用人数) 100 名
所在地: 〒 679 - 5331 兵庫県佐用郡佐用町平福138-1	
電話番号: 0790 - 83 - 2008	FAX番号: 0790 - 83 - 2035
E-mail: info_asahi@hwc.or.jp	ホームページアドレス: http://www.hwc.or.jp/asahigaoka/

(2) 基本情報

理念・方針						
<理念>						
1 一人ひとりを尊重し、自らの意思と責任でその人らしい生き方が出来るよう支援します。						
1 総合的な地域ケアのしくみを築き、福祉文化の創造をめざします。						
1 ニーズを敏感にとらえ、先駆的な実践により社会に貢献します。						
1 福祉の心と高い専門性を育み、働きがいのある職場を創ります。						
1 公正・効率的な組織運営と安定した経営基盤を確立します。						
力を入れて取り組んでいる点						
1 利用者本位のサービスの提供						
2 地域で支え合う仕組みづくり						
3 医療と福祉の連携による事業推進						
4 人材育成と働きがいのある職場づくり						
5 経営基盤の安定・強化						
職員配置	職種	人数	職種	人数	職種	人数
※()内は 非常勤	施設長	1 ( )	事務員	3 ( )	生活相談員	2 ( )
	介護職員	43 ( 7 )	看護師	4 ( 1 )	管理栄養師	1 ( )
	医師	( 2 )	機能訓練指導員	1 ( 1 )	その他	( )
	介護支援専門員	2 ( )	運転員	1 ( )	産休(介護)	( )

施設の状況

因幡街道の宿場町として栄えた昔懐かしい町並みから一筋入った自然豊かな場所にあり、明るくゆったりとした施設内では、利用者が思い思いに過ごせる空間となっている。経営主体である兵庫県社会福祉事業団憲章を理念に掲げ、職員は利用者のよきパートナーとして利用者本位の支援に努めている。

3 評価結果

○ 総評

◇ 特に評価の高い点

事業団の法人本体で「新経営10か年計画」を策定し、3～5年で実施計画の見直しを行っている。10か年計画の実施計画の5本の基本方針を基に単年度の事業計画を策定して、年度末には、事業計画の実施状況を確認し評価見直しを実施し、次年度の計画策定に活かしている。職員へは10か年計画の書面だけでなく、単年度の事業計画も配布され、各ユニット会議で計画の説明が行われている。単年度の事業計画は、「事業体系」として事業所が全職員で取り組む計画内容が理解しやすいように図式化し、書面を利用者・家族に配布するだけでなく、家族会総会時に書面をもって説明を行っている。年度途中での実施状況の報告も書類の配布で行っている。

毎年自己評価を実施し、自らの提供するサービスの質について振り返る機会を持っている。認知症サポーター養成講座への講師派遣を行い、地域の方への認知症への理解と支援を行っている。地域の県立高校からの依頼で各専門職から講師の派遣も行っている。施設内に介護相談窓口を設置しており希望者の相談にいつでも応じることができる体制も整えている。佐用町介護サービス事業者連絡会議、施設運営協議会、佐用町地域ケア会議など地域の医療福祉サービス提供事業所の職員が参加している会議へ出席しネットワーク化が地域できている。地域の課題や問題についても会議の中で情報が共有化され地域の課題解決に向けた検討や協働が行われるようになっている。

◇ 特に改善を求められる点

現場では、これで十分ということはない為今後も振り返る機会を活かして質の向上へ向けた取り組みの継続が望まれる。  
利用者の生活状況が見れる記録の工夫が望まれる。

○ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

当荘では毎年2回全職員が参画し、「兵庫県福祉サービス第三者評価」の基準に沿った自己評価を実施している。今年度は、自己評価のみにとどまらず、公正・中立な第三者機関からの評価を受けた。  
今回の第三者評価結果を踏まえ、施設の理念や基本方針を更に浸透させ、その人らしい生き方が出来るよう、職員意識・資質の向上を目指すと共に利用者サービスの質の向上の提供に努めることを、全職員の継続した目標として取り組んでいきたい。

○ 各評価項目に係る第三者評価結果  
(別紙1)

○ 各評価項目に係る評価結果グラフ  
(別紙2)

### 評価細目の第三者評価結果

#### 評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

##### I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
I-1-(1) 事業所が目指すことの実現に向けて取り組んでいる。		
I-1-(1)-①	事業所が目指していること(理念・基本方針等)を明確にしている。	Ⓐ・b・c
I-1-(1)-②	事業所が目指していること(理念・基本方針等)を利用者やその家族等に周知している。	Ⓐ・b・c

##### 特記事項

兵庫県社会福祉事業団憲章として法人理念を施設理念として明文化している。平成18年3月30日に外部有識者の意見も踏まえながら事業団で法人理念として作り上げ、各種会議の開催時に唱和すると共に、玄関や各ユニットに憲章を明示し職員への浸透を図っている。職員必携手帳を入職時に全職員に配布されている。手帳の冒頭には、事業団憲章・職員倫理綱領が明示する他、職員への互助会事業として毎年配布される職員ノートにも事業団憲章・職員倫理綱領などが明示され職員がいつでも見て確認することができるようにしている。行動規範として倫理綱領をも謳っている。ホームページ・パンフレットに事業団憲章と職員倫理綱領を明示している。また、玄関や各ユニットの見やすい位置にも明示し利用者・家族にも浸透が図れるように取り組んでいる。

##### I-2 計画の策定

		第三者評価結果
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画を明確にしている。		
I-2-(1)-①	事業所が目指していること(理念・基本方針等)に向けた計画的な取組を行っている。	Ⓐ・b・c
I-2-(1)-②	各計画を職員や利用者等に周知している。	Ⓐ・b・c

##### 特記事項

事業団の法人本体で「新経営10か年計画」を策定し、3～5年で実施計画の見直しを行っている。10か年計画の実施計画の5本の基本方針を基に単年度の事業計画を策定して、年度末には、事業計画の実施状況を確認し評価見直しを実施し、次年度の計画策定に活かしている。今年度の事業計画に掲げている「喫茶コーナー・売店の設置」は、10月に実施できている。事業計画は、計画の詳細項目別に個表として詳細な実施計画と計画の担当者を明確にしている。計画個表の中では、目標数値が設定されており、全職員が数値目標を含めて計画を把握し数値達成に向けて職員が参画し、数値の実施評価を行い計画実施後の意見や提案が出されるようになってきている。単年度計画が出された時点で各ユニットでのユニット会議を持ち、単年度計画の説明が行われ、計画の実施について、方法や数値の目標設定についての説明も含めて浸透を図り全職員で計画の実施に取り組むことができるようにしている。事業計画の実施状況の把握は、事業評価表で実施の達成度・達成状況・効果性など詳細に実施している。運営会議の中で計画の実施状況の確認や次年度計画の策定など会議への参加職員からの意見を取り入れている。毎年、年度当初に人事考課制度の一環で人材育成面接を行っており、面談の席で職員一人ひとりの目標設定や法人への意見や要望を聴取する機会となっている。職員へは10か年計画の書面だけでなく、単年度の事業計画も配布され、各ユニット会議で計画の説明が行われている。単年度の事業計画は、「事業体系」として事業所が全職員で取り組む計画内容が理解しやすいように図式化し、書面を利用者・家族に配布するだけでなく、家族会総会時に書面をもって説明を行っている。年度途中での実施状況の報告も書類の配布で行っている。

I-3 経営層(管理者等)の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
I-3-(1) 経営層(管理者等)の責任を明確にし、リーダーシップを発揮している。		
I-3-(1)-①	経営層(管理者等)自らの役割と責任を職員に対して表明している。	○a・b・c
I-3-(1)-②	経営層(管理者等)は、質の向上に向けて職員が意欲的に取り組めるような指導力を発揮している。	○a・b・c
I-3-(1)-③	経営層(管理者等)は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	○a・b・c

特記事項

法人で作成されている組織規則の中で各役職の役割と責任が明確にされている。法人の組織規則を基に事業所で事務分掌を作成しており、事業所内での各部署、役職の役割や責任、業務内容に応じた担当職員を主・副で明確にされている。事務分掌は全職員へ配布され各役職の職務内容を理解するだけでなく、自らの業務の担当や責任が明確にされ理解されるようにしている。

人事考課制度の面談を利用して自らを自己評価し、第1次考課者との面談を通して総合評価を行っている。ステップアップ研修の中でステップアップシート(年数評価項目を分けている)で各職員は自己評価を行い各ユニットリーダーが面談評価を実施している。各ユニットリーダーは支援課長が面談評価を実施している。

勤務に関する調査票は毎年自らの意向を表明することができるようになっており、調査票は、施設長と法人事務局とそれぞれに提出ができるようになっている。

各事業担当、ユニットリーダー、管理者が出席して、運営会議、職員会議が毎月各1回開催されており、運営会議の後には職員会議が開催されている。

各種委員会で、各サービスの見直しを実施している。あったかサポート実践運動 あったかサポート実践運動五カ条を定め五カ条に沿って各職員が自己評価を実施し、全体で実施状況の達成状況を確認し達成度に応じて次の課題項目を挙げて取り組んでいる。課題項目については、各ユニット・部署で話し合いが行われ課題抽出がおこなわれている。

施設長・次長・支援課長とで経営会議が行われている。会議の中で利用率や収支状況などの報告がなされ把握、分析が行われている。その内容を運営会議で説明し、検討が行われた後、職員会議において、経営上の課題解決に向けた取り組みへの方針が周知徹底され、組織的に実施されている。

評価対象II 組織の運営管理

II-1 人材の確保・養成

		第三者評価結果
II-1-(1) 必要な人材確保の仕組みを整備している。		
II-1-(1)-①	必要な人材に関する具体的なプランを確立している。	○a・b・c
II-1-(1)-②	職員の意欲向上に取り組んでいる。	○a・b・c
II-1-(1)-③	職員の就業状況や意向を把握し、必要があれば改善する仕組みを構築している。	○a・b・c
II-1-(2) 職員の質の向上に向けた体制を確立している。		
II-1-(2)-①	職員の資質向上に向けた体制を整備している。	○a・b・c
II-1-(2)-②	定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	○a・b・c
II-1-(3) 実習生の受入れを適切に行っている。		
II-1-(3)-①	実習生の受入れに対する基本的な姿勢を明確にし、体制を整備している。	○a・b・c
II-1-(3)-②	実習生の育成について積極的な取組を行っている。	○a・b・c

特記事項

法人全体での人員配置や採用計画があり、事業所として法人事務局と話し合いながら事業所での人員体制や配置を持っており、正規職員と嘱託職員等の職員配置の考え方を明示している。

正規職員は法人採用で嘱託や日々雇用については、事業所独自での人事採用になっている。

人事考課制度の中で職員一人ひとりの面談を行っている。介護職としては、介護福祉士の資格取得に向けて介護福祉士取得者が講師となり事業所内で介護福祉士資格取得支援講習を実施し5カ月間にわたり計画的に受験に向けた講座を実施し支援している。講座は同じ講座内容で2回実施し希望者が必ず受講することができるように支援している。その他、社会福祉士や介護支援専門員の取得に向けた支援も行っている。事業所としては、有資格者が増えることがサービスの質の向上につながると考えており、取得に向けた研修に使用するテキストも事業所が負担し支援すると共に、講師も事業所内だけでなく、法人の他事業所の専門分野の職員が講師として派遣され実施している。

職員互助会があり、職員からの福利厚生についての希望を聞き入れる仕組みがある。健康診断・腰痛検診・インフルエンザワクチン接種など健康面への配慮が福利厚生としており、日常的な健康相談も行えるように産業医の相談体制も整えられている。メンタルアセスメントとして事業計画に掲げ取り組みを法人全体で行っている。

事業所独自では親睦会(歓送迎会・忘年会)があり職員間が交流できるようにしている。法人全体で実施されている「サークル活動等に関する補助金交付」「CSR施設利用に関する補助金」など職員の福利厚生として利用することも可能である。

年休簿に職員一人ひとりの有給の消化状況が明記されている。施設長・次長・支援課長で就業状況について把握・分析・検討を行っている。有給休暇とは別に資格取得等に利用できるように厚生休暇も年5日認められている。厚生休暇の取得率は高い。有給・厚生休暇の消化率は定期的にチェックされ年1回は、法人事務局にも報告がなされている。年休の消化率から職員配置の状況等を確認し、法人事務局の人事ヒヤリングの際に事務局に報告・提案を行い人事配置を行っていくように取り組んでいる。育成面接や個別の面接で職員からの意見や提案を作っている。意見や提案があれば管理監督職の会議で検討し、法人事務局に検討結果や改善に向けた工夫の提案を行なっている。年1回「勤務調査票」に基づいて職員一人ひとりの勤務への希望や職務についての希望や意見を把握し、職員の意見を取り入れながら人員配置を行うようにしている。

年2回の育成面接を行う中で当該年度の課題や目標の話をしなが、職員一人ひとりの相談や意向や意見を述べる機会となっている。

産業医が身体面だけでなく精神面でも相談にのる体制があり、事業所内で相談・助言・指導を行えるように整備している。スーパーバイザー制度で職員の中でエルダーが3カ月にわたり助言や指導を行うようにしていたが、事業所内で相談・助言・指導を行える体制整備ができたので制度自体は廃止している。

法人の「人材育成基本方針」を基に事業所独自で計画を策定している。ステップアップシートを使用して、職員の経験年数に応じた意図的OJT推進計画書で組織的課題・専門的課題に分け課題を明確にし人材育成を図っている。明確にされた課題解決に向け重点課題・達成目標を掲げ、年度内実施計画を詳細に挙げて実行している。実施計画に沿って年間スケジュールを策定し、スケジュールに沿ってそれぞれの職種・職務に沿って外部研修に参加支援している。外部研修への参加支援としては、勤務調整の他、交通費の支給・勤務として出張扱い、研修費用の支給などを常勤・非常勤を問わず、支援を行っている。参加した職員は、復命書を参加後に提出している。研修への参加は、勤務年数や職員の習熟度に応じて研修参加が行われるようになっている。ステップアップ研修で評価した部分で職員一人ひとりの状況に応じた研修参加への支援が行えるようにしている。

研修参加後には、復命書の提出が義務付けられている。復命書の提出だけでなく、参加した職員が講師となり復命研修の実施を職員会議の中で時間を取り実施を行っている。復命書で研修の内容を十分検討し、法人の「人材育成基本方針」に従って事業所で次年度の研修参加に活かしていくようにしている。常勤・非常勤を問わず研修参加への意欲を引き出すような結果を出していくように取り組んでいる。

管理栄養士・社会福祉士など実習生の受け入れは行っている。ボランティア・実習等の受け入れマニュアルを作成しており、目的として基本方針が明示されている。マニュアルには、受け入れについての項目で事務分掌の中でも規定されているが、ボランティア・実習受け入れ担当者を定めており、窓口と調整担当とすることが分かる。養成校からの実習生受け入れのため、「社会福祉実習委託契約書」で養成校との契約を取り交わしている。県が実施している実習指導者研修の受講修了者が2名おり、そのうちの1名が窓口担当者となっている。

資格取得の種類によって養成校と共に調整を行いプログラムを策定し実習指導を行っている。養成校からの養成プログラム・実習計画書に沿って実習指導教務と窓口担当者が実習前より実習内容等調整を行い、実習生が円滑に実習できるように支援している。

Ⅱ-2 安全管理

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 利用者の安全を確保するための取組を行っている。		
Ⅱ-2-(1)-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制を整備している。		Ⓐ・b・c
Ⅱ-2-(1)-② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。		Ⓐ・b・c

特記事項

ヒヤリハット・事故報告書で事例の収集を行っている。各事例については、ユニット会議で予防・改善対策の検討が行われていることが、報告書内で確認できる。検討は出勤者で行われているが、出席していない職員は会議録・連絡ノートで内容の確認を行い改善策の周知が行われている。報告書は事故防止対策委員会に提出され、安全確保策についての事例の検証・評価・定期的な見直し等、事業所全体で継続的な取組が行なわれている。

地域の福祉に関するニーズ把握は事業所で行っている。福祉の動向は、佐用町介護サービス事業者連絡会議に職員が参加し地域の事業所の開設状況、地域の潜在的な利用者の状況、入所待機者数など様々なサービスに対するニーズの報告・情報提供・情報交換が各月で実施されており把握できている。

Ⅱ-3 地域社会との交流と連携

		第三者評価結果
Ⅱ-3-(1) 地域・事業環境を把握・分析し、取組を行っている。		
Ⅱ-3-(1)-① 事業経営をとりまく環境を的確に把握している。		Ⓐ・b・c
Ⅱ-3-(1)-② 地域の福祉ニーズを把握し、事業・活動を行っている。		Ⓐ・b・c
Ⅱ-3-(2) 地域との関係を適切に確保している。		
Ⅱ-3-(2)-① 利用者との関わりを大切にしている。		Ⓐ・b・c
Ⅱ-3-(2)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。		Ⓐ・b・c
Ⅱ-3-(2)-③ ボランティア受入れに対する基本姿勢を明確にし、体制を確立している。		Ⓐ・b・c
Ⅱ-3-(3) 関係機関との連携を確保している。		
Ⅱ-3-(3)-① 必要な社会資源を明確にしている。		Ⓐ・b・c
Ⅱ-3-(3)-② 関係機関等との連携を適切に行っている。		Ⓐ・b・c

特記事項

佐用町の施設としての位置づけがあり、佐用町の認定審査会への職員の派遣、社会福祉協議会の役員などを行うようになっており地域の情報は把握しやすい。高齢化率も高く施設入所する利用者も要介護4.5が多く、できる限り在宅で介護される傾向にある状況が把握できている。把握できた状況から事業計画に「特養・短期入所生活介護事業の拡充」として盛り込み、地域の把握できたニーズを事業計画に盛り込み取り組んでいる。

事業団憲章の中に地域との関わり方についての基本的な考え方を明確に謳っている。

地域の社会資源の情報については、地域マップを作成しており、利用者・家族がいつでも見て利用することができるように配慮されている。

地域行事の開催の案内も事業所内に掲示している。地域の保育所や小学校の運動会等は職員が付き添いを行い参加を支援している。

地域の自治会会長・民生児童委員、町の健康福祉課職員の方の出席のもとに「施設運営協議会」を年2回開催し意見や提案・情報交換・情報提供を受け運営に反映させるように取り組んでいる。施設前の広場で納涼祭を開催し、地域の方を招いて地区特有の伝統の踊りをしてもらったりと地域との交流を行っている。月2回地域のボランティアの来訪を受け1・2階で喫茶コーナーを開催して交流を持つようにしている。1階で今年度オープンした喫茶コーナーも利用者だけでなく、地域の方にも来訪してもらい地域交流が促進できるようにしている。西播磨トイレマップや西播磨健康福祉マップを玄関のいつでも手にとって見ることができる位置に設置している。

認知症サポーター養成講座への講師派遣を行い、地域の方への認知症への理解と支援を行っている。地域の県立高校からの依頼で各専門職から講師の派遣も行っている。施設内に介護相談窓口を設置しており希望者の相談にいつでも応じることができる体制も整えている。

施設の車には、いつでも相談できること、電話番号を明記して広報している。

ボランティア・実習生受け入れマニュアルの中で基本姿勢を明記し、ボランティアの受け入れ窓口も明確にされている。マニュアルに従って、説明を行うようにしているが、特に個人情報保護やプライバシー保護に関して注意して説明を加えるようにしている。中学生のボランティアの定期的な来訪や納涼祭前の準備等で高校生のボランティアの来訪がある。高校生の家政科のファッションショーの来訪もある。

初めてのボランティア来訪の方にはマニュアルに沿って説明を行い注意事項などを1枚の書面にまとめた物を手渡し、口頭でも説明も加えている。定期的に来訪されているボランティアの方に対しても季節や時期に合わせた注意事項を説明するなどしている。

西播磨観光福祉マップなど社会資源の一覧を玄関に設置している。

職員へは設置場所を説明しており、利用者の外出時等必要に応じてマップを使用し参考にしたり、情報提供を行えるようにしている。

佐用町介護サービス事業者連絡会議、施設運営協議会、佐用町地域ケア会議など地域の医療福祉サービス提供事業所の職員が参加している会議へ出席しネットワーク化が地域でできている。地域の課題や問題も情報が会議の中で共有化され地域の課題解決に向けた検討や協働が行われるようになってきている。

利用者を尊重したサービス提供が行われるように法人憲章に謳われており各会議開催時の唱和や事業所内の掲示で職員への浸透が図られている。倫理法令に関する研修等に参加した職員が復命研修を実施し組織で利用者への尊重や基本的人権への配慮について実施している。「あったかサポート」で自己評価を通して利用者の尊重基本的人権への配慮ができていないか振り返る機会を持ち職員への周知を図るようにしている。また身体拘束や高齢者虐待については各委員会で話し合われた内容や実施事項を各ユニット会議へおろし、全職員への周知徹底を図るように取り組んでいる。

### 評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

#### Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢を明示している。		
Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。		○a・b・c
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。		○a・b・c
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-① 利用者やその家族等の意向の把握と満足の向上への活用に取り組んでいる。		○a・b・c
Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。		
Ⅲ-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。		○a・b・c
Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みを確立し、十分に周知・機能している。		○a・b・c
Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。		○a・b・c

特記事項

マニュアルの中で「高齢者の権利擁護マニュアル 個人情報保護に関する方針(プライバシーポリシー)」として明示している。マニュアルの中では人権とプライバシー自主点検マニュアルで自己の振り返りの機会がある。

「あったかサポート」の中の人権への配慮の項目や人権擁護とプライバシー自主点検マニュアルを研修で取り上げている。「利用者の人権擁護とプライバシー」の外部研修を受講した職員が講師となり復命研修を行っている。規定やマニュアルに基づいてサービスを提供していることが、自己評価表などで確認できる。毎年20項目にわたり利用者アンケートを実施している。家族会の中でも利用者家族アンケートを実施している。集計結果から分析・課題抽出を行う他、家族会で出された意見も反映させ分析結果を出している。分析結果から改善に向けた取り組みを行うようにしている。

契約時に重要事項説明書の中で相談窓口の記載を行い口頭で説明を加え、相談したり意見を言いやすいように配慮している。普段は、日々関わりを持っている職員や生活相談員に直接訴えられることが多い。各職員が利用者4～5名の担当制をとっており、担当職員へ利用者から出された相談や意見・要望を個々のケース記録に記載し、ユニット職員で検討が行われ、内容によっては、生活相談員や支援課長など担当者に報告され対応できるようにしている。ケース記録はシステムが導入されており、全職員が利用者の相談や意見を共有できるようになっている。自らの意見や要望など訴えることができない利用者の方に関しても利用者の表情や態度、動き等に気をつける他、家族とも十分にコミュニケーションをとることで利用者の意向や希望要望を把握するようにしている。多くの家族は担当職員や各ユニットリーダーに相談すると認識しており、また職員が写真を掲示し分かりやすいようにしている。家族からの相談や意見を聞く場合は、特定の場所を選びプライバシーに配慮している。

各ユニットにご意見箱を設置している。苦情解決体制の概要図、苦情解決一覧を玄関の見やすい位置に掲示している。苦情解決責任者が施設長となっていることが確認できる。苦情受付窓口が次長・支援課長・生活相談員として名前の明示がなされており掲示物から確認できる。

苦情受付書・苦情対応結果報告書が整備されており、一般的には、ご意見箱横に設置された様式に従って記載され、整備された苦情受付書・苦情対応結果報告書に記載しなおし報告がなされている。

パソコンのシステムの中にも苦情受付書があり入力している。「ご意見・要望等に関する対応書」として利用者からの意見や要望に対して検討、話し合いを行い反映させた経過や結果を明文化したものを利用者・家族がわかりやすいように玄関に掲示し公開、報告がなされている。

マニュアルの対応手順に従って「福祉サービスに関する苦情・相談対応手順に従って対応・報告・対策が取られる仕組みがあることが確認できる。出された意見や要望・苦情に対する対応策については、家族会で報告を行い、改善へ向けた取り組みの内容までも家族に報告されている。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組を組織的に行っている。		
Ⅲ-2-(1)-①	サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	○a・b・c
Ⅲ-2-(1)-②	評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	○a・b・c
Ⅲ-2-(1)-③	課題に対する改善策・改善計画を立て、実施している。	a・○b・c
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法を確立している。		
Ⅲ-2-(2)-①	個々のサービスについて標準的な実施方法を文書化し、サービスを提供している。	○a・b・c
Ⅲ-2-(2)-②	標準的な実施方法について見直しをする仕組みを確立している。	○a・b・c
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録を適切に行っている。		
Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関するサービス実施状況の記録を適切に行っている。	○a・b・c
Ⅲ-2-(3)-②	利用者に関する記録の管理体制を確立している。	○a・b・c
Ⅲ-2-(3)-③	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	○a・b・c



特記事項

兵庫県第三者評価の自己評価を毎年実施しサービスの質についての評価を行っている。また、「あったかサポート」の自己評価の項目に沿ってサービスに関しては毎月自己評価を実施し改善・サービスの質の向上に向けた取り組みに反映させるようにしている。平成19年に全老協の評価を受審し今回23年12月に第三者評価を受審している。評価に関する担当者・部署を明確にしている。

今年度は、兵庫県第三者評価の自己評価結果を各項目に対して支援課で分析・課題を抽出し取り組みまで決めて自己評価結果を含めた課題・取り組みを書面化し職員会議で口頭報告し周知すると共に、全職員に回覧を行い周知と共有を強化している。

平成23年6月20日から平成23年7月19日までで今年度1回目の自己評価を実施し課題抽出に取り組んでいる。昨年も自己評価を実施し課題から改善に向けた取り組みを行っているが、評価結果に基づいた改善策、改善計画等の書面確認が出来ない。

高齢者施設サービスマニュアルが作成されている。マニュアルは、基準と手順が明確にされており、事業所内での各サービス提供がなされる場合の基本となっている。新入職者研修時にマニュアルに沿って研修を行い周知を行うほか、マニュアルの見直しが行われた際には、変更になった部分の書面の配布と説明を行い周知している。

各ユニットリーダーも一般職員と共にケアの現場で勤務しており、日々のケアの中で職員一人ひとりのケアの内容の確認を行い標準的な実施が行われているか確認している。

高齢者施設サービスマニュアルは、法人全体でのマニュアルの見直しを実施してケアの質向上に繋げている。事業所でも年1回年度末には、ユニット会議の中で担当が中心となって各マニュアルの見直しを実施している。ユニット会議で見直しの必要性がある場合には、リーダー会議に挙げられ見直しが実施されている。

システムを使用して利用者への日々提供されたサービスの実施状況が介護日誌、ケース記録に記載されている。システムを使用することで職員個々に記録内容のバラつきが生じないようにしている。ケース記録・介護日誌は、利用者へのケアプランの実施として項目が挙げられている。毎月末には、ケアプランの実施状況を確認しモニタリングを実施して記録している。

ケース記録は、毎月システムからプリントアウトし所長、次長、支援課長、課長補佐、生活相談員、リーダー、担当職員が確認していることが明確になっている。事務分掌で管理責任者等書類管理に関する担当も明確になっている。利用者・家族から開示が求められた場合には、開示・提供を行うことを契約時より説明を行い、明文化もされている。個人情報保護に関して研修を実施し職員への個人情報保護についての浸透が図られている。プライバシー・個人情報保護の外部研修へ参加した職員が事業所内で研修報告を行い、記録の管理についての理解を深めるように取り組んでいる。

組織的な取り組みとして、各会議を定期的開催して情報の伝達・共有を図っている。更に、パソコンのネットワークシステムで共有フォルダーや1階のホワイトボード掲示板での情報提供や共有・連絡がなされている。各ユニット別に連絡ノートがあり、利用者や業務に関しての情報の共有が行われている。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始を適切に行っている。	第三者評価結果
Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	○a・b・c
Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている。	○a・b・c
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	
Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたり、サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	○a・b・c

特記事項

事業所独自で図等を入れサービス内容を分かりやすくした説明書「ご利用される方へ朝陽ヶ丘荘の暮らし」を準備しいつでも配布できるようになっている。利用者・家族がサービス選択の際に利用できるように施設紹介のDVDを用意している。パンフレットに準じた内容で施設での生活やサービスについて見る事ができるようにもしている。社協・役場、上月の地域包括支援センターなどにパンフレットやサービス内容の説明書を設置し情報提供が事業所以外で収集できるようになっている。

生活相談員が窓口となり契約書・重要事項説明書の項目に沿って説明を行っている。また、「ご利用される方へ朝陽ヶ丘荘の暮らし」も利用して契約書・重要事項の内容がより分かりやすいようにしている。契約書・重要事項説明書は文字も大きくしており、利用者・家族が見やすいようにしている。利用者・家族の状況によりDVDも利用して内容がより理解してもらいやすいような工夫も行っている。マニュアルの「説明と同意に関するマニュアル」に従って説明と同意に至るまでの経過がわかる。経過に従って行う説明内容、情報等の提供方法なども詳細に明示し説明・契約する生活相談員によって誤差が生じないようにしている。利用者・家族の希望により契約日時を合わせている。

病状の悪化により医療・治療の必要性が高くなり病院への移行はあるが、在宅や他施設への移行は少ない。契約書・重要事項説明書内で医療機関や他施設、在宅での在宅サービスなど必要なサービス事業所の情報提供や事業所から他の施設・在宅サービスへの移行時にも円滑にサービス提供を受けることができるように情報提供を行うことが明示されている。「看護・介護サマリー」でADL・生活状況・精神状況など情報提供されていることが確認できる。また、「円滑な退所のための援助について」と退所後も生活相談員が相談にのること、連絡先当を明示した書類を退所時に渡している。また、退所に至るまでには、十分に家族と話をし退所後の生活の場についても話し合いが行われ、事業所の再利用が可能である説明がなされていることがケース記録から確認できる。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントを行っている。	第三者評価結果
Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	Ⓐ・b・c
Ⅲ-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	Ⓐ・b・c
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画を策定している。	
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	Ⓐ・b・c
Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	Ⓐ・b・c

特記事項

フェイスシートとしてアセスメントシートがシステムの中にもあるが、事業所独自で「利用者の状況」の書式を作成し利用者の身体状況や生活状況を組織的に把握するようにしている。利用開始後2週間～1カ月程度で初回カンファレンスを実施し課題を明らかにし、再アセスメントを行っていることがアセスメントシートで確認できる。利用者の状態により2～6カ月で定期的な見直しを実施している。入所時の初回アセスメントは、生活相談員が実施している。施設サービス計画ガイドラインのケアプランの流れの中でカンファレンス・モニタリングの際の参加メンバーや実施回数について明確にしている。利用開始当初は生活相談員のアセスメントを利用している。見直しの予定表一覧が作成されており、定期的な見直しが行われるようになっている。

各ユニット毎に利用者一人ひとりのニーズ(短期目標)を職員が把握しサービスを提供していくための周知方法として一覧表を作成している。施設サービス計画書を作成した場合には、関係職員が閲覧しサービス内容の把握、周知を行いサービス提供が行われるようにしている。

ケアマネジャーがサービス実施計画策定責任者となっている事が事務分掌で確認できる。施設サービス計画書を作成した場合には、関係職員が閲覧しサービス内容の把握、周知を行いサービス提供が行われるようにしている。カンファレンスは、関係職員が集まり利用者・家族の意見だけでなく職員の意見も反映させた計画となっていることがカンファレンス記録から確認できる。

評価見直しについては施設サービス計画ガイドラインで明確にされており、実施されていることがカンファレンス記録やサービス実施計画書から確認できる。作成した実施計画書については定期的な見直しや緊急時の変更はケアマネジャーが中心となりケアカンファレンスを実施している。

評価対象Ⅳ 実施する福祉サービスの内容

Ⅳ-1 利用者の尊重・保護

		第三者評価結果
Ⅳ-1-(1) 利用者の尊重・保護		
Ⅳ-1-(1)-①	行事やクラブ活動などへの参加や内容の決定に利用者の意向を尊重している。	○a・b・c
Ⅳ-1-(1)-②	余暇活動や生きがいづくりへの支援を行っている。	○a・b・c
Ⅳ-1-(1)-③	家族や友人等とのつながりを維持するための支援を行っている。	○a・b・c
Ⅳ-1-(1)-④	コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫をしている。	○a・b・c

特記事項

行事は年間で計画を策定している。各ユニットのクラブ活動として、園芸、合唱、映画鑑賞等予め決められたものがあり、その日の状況や利用者の希望により開催し、利用者の希望による参加・不参加の意向を確認している。

個別に外出など希望があれば実施し、利用者へ感想を聞き取り確認し次へ反映させるような仕組みがあることが報告書で確認できる。意思・意向の表出が困難な利用者に関しても、声かけをしている。

利用者の生活していた馴染みの場所への外出ができるように情報収集し対応するようにしている。過去の生活歴から入所後も趣味を実施したいとの希望があれば趣味が継続できるように支援する他、把握できた生活歴からできそうな活動を選択できるように提案し利用者が選択できるようにしている。以前には、短歌教室へ参加する支援も行っていった。地域の運動会や納涼祭への参加や地域の観光名所であるチューリップ畑や南光のひまわり畑などへの外出を支援していることが、外出支援報告書で確認できる。

契約時に重要事項説明書で面会時間の設定があることは説明しているが、家族の希望や状況、利用者の状態により時間外でも自由に面会ができるように支援している。面会に来訪してもらえるように家族や隣保の方に声かけを行い関係継続に努めている。利用者・家族の希望により外出・外泊ができるように支援している。利用者より外出・外泊の意向や希望が聞き取れれば事業所から家族に連絡を取り利用者の希望がかなうように支援している。

現在、特にコミュニケーションに課題のある利用者の方はいないが、「トーキングエイド」や手作り「あいうえおボード」を作成し活用する用意はある。声が聞こえにくい方には、補聴器の使用やホワイトボードの使用で意思疎通を図るようにしている。また、手話が必要であれば社協を通して地域での手話通訳者との連携を図り利用者の代弁者としての支援を行う用意もある。

Ⅳ-2 快適な環境づくり

		第三者評価結果
Ⅳ-2-(1) 居室		
Ⅳ-2-(1)-①	快適な生活空間(居室)の整備に配慮している。	○a・b・c
Ⅳ-2-(2) 食事		
Ⅳ-2-(2)-①	快適な食事環境の整備に配慮している。	○a・b・c
Ⅳ-2-(3) 入浴		
Ⅳ-2-(3)-①	快適な入浴環境の整備に配慮している。	○a・b・c
Ⅳ-2-(4) 排泄		
Ⅳ-2-(4)-①	快適な排泄環境の整備に配慮している。	○a・b・c
Ⅳ-2-(5) 衣服		
Ⅳ-2-(5)-①	利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択などについて支援している。	○a・b・c

IV-2-(6) 理容・美容	
IV-2-(6)-① 利用者の個性や好みを尊重し、理容・美容への支援を行っている。	Ⓐ・b・c
IV-2-(7) 睡眠	
IV-2-(7)-① 安眠できるように配慮している。	Ⓐ・b・c
IV-2-(8) 健康管理	
IV-2-(8)-① 利用者の健康保持に配慮している。	Ⓐ・b・c
IV-2-(9) 服薬管理	
IV-2-(9)-① 内服薬・外用薬等の扱いを確実にやっている。	Ⓐ・b・c
IV-2-(10) 外出	
IV-2-(10)-① 外出は利用者の希望に応じてやっている。	Ⓐ・b・c
IV-2-(11) 通信	
IV-2-(11)-① 郵便や電話などの通信機会を確保している。	Ⓐ・b・c
IV-2-(12) 情報媒体	
IV-2-(12)-① 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できるよう配慮している。	Ⓐ・b・c
IV-2-(13) 嗜好品	
IV-2-(13)-① 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意思や希望を尊重している。	Ⓐ・b・c

特記事項

4人部屋も障子戸で間仕切りを行い個室の雰囲気を利用者一人ひとりの空間づくりが行われている。ベットや床頭台、タンスが施設側の設置でなされている。希望により足を床に伸ばして座れるスペースもある。居室では、希望によりベットではなく畳で過ごすことができるスペースも用意されている。

給食管理日誌で残食調査を毎日行っていることが確認できる。残食は主食と副食で各ユニット全体での残食量を確認している。一定量の残食があれば、メニューの中で何が多く残っていたのか各ユニットに管理栄養士が確認を行いメニューに反映させるようにしている。誕生日前に各ユニットでリクエストメニューを確認してもらい、希望のメニューが反映させられていることが、リクエストメニューの書面で確認できる。週1回選択メニューの日を設け、選択メニューの写真により、利用者の希望を聴取し食事が楽しめるように支援している。調理は外部委託業者が行っているが、献立と栄養管理は、施設の管理栄養士が行っており献立の工夫や希望のメニューの反映はさせやすい状況にある。適温にて食事の提供が行えるように温冷配膳車を使用している。各ユニットの食堂で食事を摂取している。ひまわり・ほたる・みかづきの3ユニットで利用者が炊飯できるようにしている。月1～2回程度ユニット調理の日も設けてユニットで利用者と共に調理できるようにしており、ユニット調理はおやつ作りが多いが昼食を作ることもある。食事前には、嚥下運動の実施をしている。テーブルに花を飾ったり音楽を流し、食事を楽しめるような雰囲気作りにも配慮している。利用者の状態により一般食を刻み(粗・極)、療養食(糖尿・高血圧・脂質異常・膵臓・肝臓等)が提供されている。長期利用者の個別食事形態についても管理栄養士より一覧表で変更が生じた毎に配布されて利用者が好みの食べ物を美味しく食べることができるようにしている。

一般・中間(座浴)・特浴とある。入浴方法については、アセスメント時に利用者の心身の状況を把握する際に希望も聞き、ケアプランに反映させるようにしている。週2回が入浴回数の基本になっているが、利用者の心身の状況や状態に合わせて検討し希望により入浴回数や時間等調整を行っている。入浴拒否をされる利用者の方に対しては、入浴拒否の原因を追及し個浴ができるようにしたり、同性介助をしたりと様々な方法を取り、入浴が気持ちよくできるように配慮されている。見守り程度で入浴できる方はほとんどいない状態である。

各部屋にトイレが整備されているが、利用者の身体状況に合わせてポータブルトイレをベット横に設置することもある。排泄マニュアルでは、各種排泄用具に合わせた支援手順が明確にされている。利用者の状態を見ながら快適に排泄ができるようにセラピスト(PT、OT、ST、園芸療法士等)派遣を受けており、ポータブルトイレの設置場所・方向、トイレの手すりの位置等の指導や助言を受け改善や工夫につなげている。温便座やウォシュレットがついている。清掃は業者が毎日行っており、業者の清掃以外に汚れた場合には職員が適宜行い衛生面に配慮されている。業者の清掃と職員の小まめな清掃で臭気はしない。利用者の希望や好みの衣類をタンスで保管している。利用者の状態の低下により少なくなってきたが、利用者自身で入浴前や外出前に好みの物を選んで着脱できるように支援している。季節に応じた衣服の入れ替えは家族の協力を得て行っている。朝夕の寝巻と昼間の衣服の着替えができるように支援している。衣服の傷み・汚れがある場合には、必要に応じ洗濯や繕い・廃棄を行っている。月1回、理容師の来訪があり希望により受けることができるように支援している。来訪の予定は、行事予定表で利用者家族に広報している。利用者の希望に応じて希望の理・美容室も利用できる。ベッドには個別に自由に調整できる照明がついている。テレビの持ち込みも許可されている。音量については必要に応じてイヤホン使用や音量調整を行ってもらえるようにしている。好みの寝具の持ち込みも可能である。利用者が不眠で眠りにくい時には、職員と一緒に過ごし安眠できるように支援するようにしている。睡眠に対するマニュアルも整備されている。

利用者の健康管理についてのマニュアルも介護職用と看護職(医務室)用があり、詳細に明示されている。毎週1回(火曜日)に嘱託医の来訪があり健康・疾患の管理を行ってもらっている。随時健康状態に変化があれば看護師より嘱託医に報告され指示を受け対応するようにしている。医務室に直接相談に来る利用者の方についても相談内容を介護記録に残して対応していることが確認できる。家族会前には、家族に対して医療面・介護面に対しての相談の有無を確認し相談がある場合には、個別に相談時間を設けて家族に健康・疾患の状態説明を行っている。必要があれば医師より説明を聞くことができるようにも調整している。機能訓練計画もセラピストと共に相談を行い、利用者の状態に合わせて利用者が機能低下しないように介護と協力して実践されている。受診状況や結果については、家族に書面で報告をしたり、電話で報告を行ったりしている。(医務報告)

事業所内での生活動作すべてがリハビリとの考え方で利用者が機能低下しないように日常生活動作を含めた個別のリハビリメニューを計画に盛り込んでいる。毎週歯科訪問指導を歯科医師・歯科衛生士の訪問を受け必要に応じて治療を行ってもらう他、口腔内の衛生に関しての指導や助言を受けるようにしている。職員への医療教育として医務研修計画も年間で立てられている。

介護支援の部分でのマニュアルの中に服薬管理があり、服薬の管理責任者を明確にされている。利用者の服薬している薬の説明書を個別のケースファイルで保管管理している。薬の情報は必ず介護者へ情報提供がなされている。マニュアル中には、誤薬時の対応手順も明記されている。

ボランティアの支援を受け外出する場合には、利用者のポケットに「外出支援カード」を入れてもらうようにしている。地域の情報は観光マップや地域の行事案内を廊下に掲示し情報を提供している。玄関には、事務室があり入居者が外へ出てしまう可能性のある方の連絡把握がなされており、利用者の自由を損なわず生活ができるように配慮されている。

玄関ホールに公衆電話を設置している。利用を頻繁にされる利用者はテレホンカードを持っており、必要に応じて利用できるように職員が支援している。入口に施設ポストを設置しており、郵便物を本人が入れて外部との連絡が取れるようにしている。

希望に応じて個人で新聞の購読もできるように支援しているが、各ユニットや玄関ホールには新聞の設置を行いつつでも見ることができるようになっている。

現在の利用者の中には喫煙者はいないが、希望があれば所定の場所で喫煙できることが明示されており、喫煙できるように支援する用意もある。希望があれば、飲酒できるように支援もするようにしている。

I～IV 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	4	4	100.0
I-2 計画の策定	9	9	100.0
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	10	10	100.0
II-1 人材の確保・養成	28	28	100.0
II-2 安全管理	9	9	100.0
II-3 地域との交流と連携	23	23	100.0
III-1 利用者本位の福祉サービス	20	20	100.0
III-2 サービスの質の確保	25	24	96.0
III-3 サービスの開始・継続	11	11	100.0
III-4 サービスの実施計画の策定	10	10	100.0
IV-1 利用者の尊重・保護	14	14	100.0
IV-2 快適な環境作り	44	44	100.0

